32863
1869
Lane Medical Libra

Über idiopathische gangränöse Stomatitis.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 25. Juli 1889

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Max Brucke

aus Potsdam.

OPPONENTEN:

Hr. Dd. med. Groddeck.
- Dd. med. Miethke.
- Dd. med. Stenger.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Seinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/uberidiopathisch0000maxb

Bei der Durchsicht der Casuistik der Mundgangrän stösst man auf einige wenige Fälle, die, obwohl meist als Noma bezeichnet, doch von dieser und den übrigen häufiger vorkommenden Formen von Mundgangrän verschieden sind und eine Gruppe für sich bilden. Sie sind sämtlich dadurch charakterisiert, dass sie scheinbar spontan, in voller Gesundheit des Individuums auftreten, ohne dass eine durch akute fieberhafte Krankheiten hervorgerufene oder im Verlauf von langwierigen konstitutionellen Krankheiten eingetretene Kachexie oder schlechte hygienische Verhältnisse, mangelhafte Ernährung und andere Umstände, die in der Ätiologie der Noma eine grosse Rolle spielen, oder endlich lokale anderweitige Mundaffectionen (z. B. Aphthen, ulceröse Stomatitis) Grund oder Anlass zum Ausbruch der Krankheit gegeben oder einen günstigen Boden für dieselbe geschaffen hätten. Diese Fälle, deren Existenz ganz ausser Zweifel steht, werden am besten als idiopathische gangränöse Stomatitis bezeichnet; sie sollen im Folgenden näher besprochen werden im Anschluss an einen bisher noch nicht veröffentlichten Fall, dessen Benutzung mir der Beobachter, Herr Prof. Sonnenburg, gütigst überlassen hat.

Der Verlauf dieses Falles war folgender.

Fr. Hummel, 32 Jahre alt, ist von guter Constitution und guter Ernährung. Im Jahre 1880 hat sie ein Kind geboren, das jetzt noch lebt; seitdem ist sie nicht mehr gravida geworden. Von früheren Krankheiten ist nichts bekannt geworden.

Im Herbst 1888 erkrankte sie ohne nachweislichen Grund an Gelenkrheumatismus, der sich durch seine lange Dauer und seinen eigentümlichen Verlauf auszeichnete. Die einzelnen grösseren Gelenke wurden nach einander der Sitz von Schwellungen und Schmerzen genau in der Weise, wie dies in den typischen Fällen zu sein pflegt; abweichend war nur, dass das begleitende Fieber Exacerbationen zeigte, die nicht mit dem Ergriffensein neuer Gelenke in Zusammenhang standen, und dass es nicht den sonst bei Gelenkrheumatismus stets wirksamen Mitteln wich. Die Krankheit, die im übrigen ohne Complicationen verlief, zog sich sehr in die Länge, hörte aber endlich allmählich auf.

Als Patientin bereits Reconvalescentin war, stellte sich plötzlich, angeblich infolge des Genusses verdorbener Würste, ein heftiger Brechdurchfall ein, der einige Tage anhielt.

Mitte November 1888 zeigte sich hinter den oberen Schneidezähnen eine bläuliche Blase, die nach einigen Tagen aufging und ein „schmieriges Geschwür" hinterliess. Dasselbe breitete sich weiter aus, sodass sich Patientin schliesslich in das Sanatorium des Herrn Prof. Sonnenburg aufnehmen liess.

Am 28. November 1888, dem Tage der Aufnahme, reichte das gangränöse Geschwür von den Schneidezähnen bis etwa zur Grenze des vorderen und mittleren Drittels des harten Gaumens, es zeigte einen fetzigen Grund. Temperatur um 2 Uhr nachmittags 40,3. Puls und Respiration beschleunigt.

Das Geschwür von missfarbigem Grunde und fetzigen Rändern, sehr übelriechend, erstreckte sich, den Alveolarfortsatz der Schneide- und Augenzähne, links sogar des ersten Backzahnes inne habend, bis an die Zähne heran, dieselben erschienen etwas in den Alveolen gelockert. An der vorderen Seite des Alveolarfortsatzes des Oberkiefers hatte das Geschwür sich nicht ausge-

breitet. Bei Druck auf das Geschwür entleert sich stinkende Jauche, die Sonde dringt durch die pulpöse Masse leicht auf den Knochen.

Temperatur um 6 Uhr nachmittags 38,1, um 10 Uhr abends 37,2.

Vom 29. November bis 2. Dezember hielt sich die Temperatur innerhalb normaler Grenzen; sie erreichte nur einmal 37,9.

Am 30. November wurde die gangränöse Fläche in ihrer ganzen Ausdehnung bis ins Gesunde hinein mit dem Paquelinschen Thermocauter ausgebrannt. Nichts desto weniger konnte man aber bereits am folgenden Tage constatieren, dass die Gangrän nach allen Seiten weiter fortgeschritten war.

Am 3. Dezember trat Salivation ein, die Temperatur war um 8 Uhr morgens 38,8, um 12 Uhr mittags 38,3, um 8 Uhr abends 39,7.

Am 4. Dezember betrug die Temperatur um 8 Uhr morgens 38,1, um 2 Uhr nachmittags 38,6, 8 Uhr abends 38,3. Salivation bestand in unveränderter Weise. Alle oberen Zähne mit Ausnahme der letzten Molares wurden extrahiert.

Vom 5. bis 8. Dezember traten keine bemerkenswerten Veränderungen auf; die Temperatur blieb andauernd erhöht, sie bewegte sich in unregelmässigen dem Tagestypus nicht folgenden Curven zwischen 37,5 und 38,7.

Am 9. Dezember betrug die Morgen- und Abendtemperatur 39,1, die Mittagstemperatur 38,5. Die Gangrän ging immer weiter.

Am 10. Dezember wurden die noch übrigen Backzähne extrahiert, die gangränöse Fläche nochmals mit dem Thermocauter gründlich cauterisiert. Die Temperatur, die am Morgen 39,1 betragen hatte, ging nach der Operation herunter auf 38,1, stieg aber am Abend wieder bis auf 39,3.

Am 11. Dezember traten Schlingbeschwerden auf, beide Tonsillen geschwollen, liessen einen schwärzlichen Belag erkennen; es zeigten sich Schmerzen und eine Anschwellung am linken Kniegelenk. Temperatur schwankte zwischen 38,0 und 39,1.

Am 12. bis 13. Dezember stiess sich der Belag auf der Tonsille ab; unter demselben erschien ein gangränöses Geschwür, auf dessen Grund abgestorbene Gewebsteile flottierten. Zugleich trat ein Belag auf der Uvula auf. Die Temperatur stieg in diesen beiden Tagen bis auf 39,2. Abendtemperatur vom 13. Dez. war 39,1.

Am 14. Dezember zeigte sich ein Belag auf der stark geschwollenen Schleimhaut unter der Zunge und auf dem Boden der Mundhöhle. Morgentemperatur 39,6, Abendtemperatur 39,0, Mittagstemperatur 38,1.

Am 15. Dezember wurden alle brandigen Teile mit einer zehnprozentigen Chlorzinklösung geätzt. Morgentemperatur 39,4, Mittagstemperatur 38,2, Abendtemperatur 40.

Am 16. Dezember traten Erscheinungen einer beginnenden septischen Infection auf. Morgentemperatur 41,1, Mittagstemperatur 38,5, Abendtemperatur 39,4.

Am 17. Dezember abends trat der Tod unter den Erscheinungen des Lungenödems ein. Morgentemperatur 40,4, Mittagstemperatur 38,8, letzte gemessene Temperatur (8 Uhr abends) 40,4.

Die von Herrn Dr. Langerhans gemachte Section ergab:

Sehr gut genährte weibliche Leiche mit blassgelblichgrauweisser Hautfarbe; zahlreiche Totenflecke am Rücken und an den hinteren Flächen der Unterschenkel. Fettpolster am Abdomen ungefähr von der Stärke von 5 cm.

Zwerchfellstand links unterer Rand der 4., rechts oberer Rand der 4. Rippe.

Peritoneum glatt, etwas mattglänzend. Netz fettreich.

Lungen retrahieren sich gut, Pleurahöhlen sind

leer, im Herzbeutel wenige Tropfen einer klaren Flüssigkeit. Das Herz hat ungefähr die Grösse der Faust der Leiche; seine Klappen sind intact; seine Muskulatur ist gelblich-rötlich, sehr blass, stark getrübt.

Die Pleurae pulmonales zeigen an einzelnen Stellen fibrinöse Auflagerungen. An der rechten Lunge befinden sich besonders an der hinteren Peripherie zahlreiche mit Kohle angefüllte Drüschen. Beide Lungen sind ödematös, nur in den hinteren Partieen stark hypostatisch. Im rechten Oberlappen findet sich ein kleiner lobulärer hepatisierter Herd.

Die Tonsillen sind in enormer Weise geschwollen; an ihrer Oberfläche zeigen sie tiefgehende Geschwüre; das Centrum zeigt gelblich-bräunliche schmierige flottierende Gewebsteile, die sich leicht abreissen lassen. An einzelnen Stellen gehen die gangränösen Ulcerationen durch die ganze etwa haselnussgrosse Tonsille hindurch.

Die Uvula ist stark geschwollen, gerötet und fühlt sich ziemlich hart an, die Follikel im Nasenrachenraum sind geschwollen. Links von der Uvula im weichen Gaumen findet sich ein kleiner gangränöser Herd.

Im Larynx und in der Trachea findet sich schaumige Flüssigkeit.

Die Cervicaldrüsen sind beiderseits stark geschwollen, lebhaft gerötet.

Der harte Gaumen ist in ausgedehntem Masse cariös, an der Oberfläche zum Teil erweicht und von schmutzig-schiefriger Färbung. Die Alveolarfortsätze sind ebenfalls dunkel, schmutzig-schiefrig-grau. Nur das hintere Drittel des harten Gaumens ist intact.

Die Milz ist stark vergrössert, ihre Masse sind 16, 11, $4^1/_2$. Die Kapsel ist gespannt, blass-graurot, die Pulpa hellbräunlich-rot, und quillt über die Schnittfläche ein wenig hervor.

Die linke Niere ruht in einer ziemlich fettreichen Kapsel; sie ist stark relaxiert, teils gelbrötlich, teils

mehr gelb. An dem einen Pol finden sich mehrere ziemlich tiefgehende Narben, die zum Teil bis in die Marksubstanz hineinreichen; die eine Hälfte der Niere bis etwa zur Mitte ist bedeutend kleiner als die andere Hälfte; auf der grösseren Hälfte ist die Rindensubstanz bedeutend breiter als auf der kleineren, stark getrübt, zum Teil gelblich.

Die rechte Niere ist grösser als die linke, deutlich gelb gefleckt.

Ziemlich fettreiche Leber.

Magenschleimhaut sehr blass. Im absteigenden Colon, in der Flexura sigmoïdes und im Rectum sehr zahlreiche pigmentierte Narben, mehrere fast vollständig vernarbte kleinere Geschwüre und ausgedehnte Pigmentierung. Im Dünndarm Chylificationszustand und Schwellung der Schleimhaut.

Uterus ist vergrössert, mit weiten dickwandigen Gefässen, seine Schleimhaut ist stark geschwollen, hyperämisch.

Im linken Kniegelenk ziemlich viel klare fadenziehende Flüssigkeit, im rechten etwa zwei Tropfen. Synovialis blass, unverändert.

Es fand sich also: Oedema pulmonum, myocarditis parenchymatosa, nephritis parenchymatosa, enteritis chronica ulcerosa pigmentosa coli, gangraena tonsillarum, gangraena partiale palati mollis et duri, processuum alveolarium, gangraena incipiens processus alveolaris mandibulae, pharyngitis follicularis, intumescentia glandularum cervicalium, pleuritis sicca partialis duplex, hyperplasis permagna lienis, hepar leviter adiposum, chylificatio tractus intestinalis, cicatrices renis sinistri.

Ganz besonders auffallend war bei dieser Section der Zustand des Uterus, der ganz das Aussehen eines frischen puerperalen Uterus hatte. Dies, die Affection des Colon und der Zustand der Niere mussten sofort daran denken lassen, dass die Mundaffection durch nichts Anderes hervorgerufen sein könnte, als durch eine Subli-

matvergiftung. Diese Lösung der Frage der Ätiologie wäre sehr einfach; aber leider ist sie den Thatsachen nicht entsprechend. Denn die genaue Anamnese ergab, dass Patientin zum letzten Male im Jahre 1880 gravida gewesen ist und dass sie mit Sublimat oder anderen Quecksilberverbindungen, soweit sie sich erinnern konnte, überhaupt nicht in Berührung gekommen ist. Die Patientin war von ihrem Hausarzte sehr lange behandelt und beobachtet worden, irgend ein Anhalt für Quecksilber-Vergiftung lag bestimmt nicht vor. Ebensowenig war an eine beginnende Gravidität zu denken, keine Syphilis. Auf welche andere Weise nun dieser Zustand des Uterus zu erklären ist, das ist eine Frage, deren Lösung mir unmöglich gewesen ist.

Um eine mercurielle Stomatitis, die im weiteren Verlauf zur Gangrän der befallenen Téile geführt, konnte es sich hier also nicht handeln. Ebensowenig war daran zu denken, dass hier eine andere Mundaffection, etwa Aphthen oder ulceröse Stomatitis, bestanden hätte, die später in Gangrän übergegangen wäre; denn Patientin stellte eine solche entschieden in Abrede; sie hatte zuerst jene bläuliche Blase hinter den oberen Schneidezähnen bemerkt, die offenbar schon ein Product der Gangrän selbst war, und nicht ein Product irgend einer anderen Mundkrankheit. Gegen Pustula maligna spricht entscheidend, dass der erste Gangränherd sich auf dem Processus alveolaris superior entwickelte; wie sollte dort eine Milzbrandinfection vor sich gehen, die sonst auf der äusseren Haut stattfindet? Gegen Munddiphtherie spricht ausser manchen anderen Momenten der Umstand, dass sich die Anzeichen eines Allgemeinleidens erst sehr spät einstellten.

Es bleibt nun noch die Frage zu entscheiden, ob nicht hier eine einfache Noma vorlag, eine Affection, die, wie bekannt, zwar vorwiegend Kinder befällt, aber doch auch Erwachsene nicht verschont, wie die von Jules Tourdes in seiner Dissertation angeführten Beobachtungen

beweisen. Ich komme hiermit auf die Hauptfrage, ob etwa Noma und die idiopathischen Formen der Mundgangrän identisch sind; ich kann dieselbe erst entscheiden, wenn ich die übrigen in der Litteratur vorkommenden Fälle von idiopathischer Mundgangrän kurz besprochen habe; ich bemerke aber vorweg, dass nach meiner Ansicht Noma und idiopathische Mundgangrän nicht identisch sind und dass es sich in dem von Prof. Sonnenburg beobachteten Fall um die letztere von beiden Affectionen handelte.

Die Beobachtungen von idiopathischer Mundgangrän, die ich in der Litteratur noch gefunden habe, zum Teil unter der Benennung Noma, Stomatocace, Stomatitis septica u. a., sind folgende:

1. Beobachtung von Vogel, mitgeteilt in Graefe und Walthers Journal für Chirurgie, 1828, Bd. XII.

Patient war 18 Jahr alt, männlichen Geschlechts. In voller Gesundheit bekam er eine Schwellung der Oberlippe und des oberen Zahnfleisches. Diese Teile gingen in Gangrän über, die sich auch auf einen Teil der Nasenscheidewand erstreckte. Nach einiger Zeit trat Heilung ein. Therapie: Arsenik.

2. Beobachtung von Siebert, mitgeteilt in Hufelands Journal 1811, Bd. XXXIII.

Patientin war 12 Jahr alt, bis dahin stets gesund. Bei Beginn der Behandlung erstreckte sich die Gangrän von der Mitte der Unterlippe bis in die Mundwinkel, nach innen bis auf das Zahnfleisch. Trotz dieser grossen Ausdehnung trat eine so gute Heilung ein, dass das Gesicht nur wenig entstellt wurde.

3. Beobachtung von Klaatsch, mitgeteilt in Hufelands Journal 1823, Bd. LVI.

Patientin war $2^1/_2$ Jahr alt, gut genährt, stets gesund. Die Gangrän begann am rechten Mundwinkel, griff innerhalb der ersten Woche weiter um sich, begrenzte sich aber dann, und es trat Heilung mit sehr geringer Entstellung ein.

4. Beobachtung von Rust, mitgeteilt in seinem Magazin für die gesamte Heilkunde 1816, Bd. I.

Patient war 9 Jahr alt, stets gesund. Zuerst wurde die linke, dann die rechte Wange von der Gangrän ergriffen, die auf der Schleimhaut begann und von innen nach aussen perforierte. Nach kurzer Zeit trat der Tod ein.

5. Beobachtung von Strueh, mitgeteilt in seiner Inaugural-Dissertation, Göttingen 1872.

Patient war 30 Jahr alt, war schwächlich, aber mit Ausnahme einer leichten Angina nie krank. Die Krankheit begann mit einer ganz allmählich steigenden Geschwulst der linken Wange und des linken Nasenflügels, die schliesslich das untere Augenlid erreichte. Jetzt trat Foetor ex naribus ein und es wurden gangränöse Fetzen aus der Nase entfernt. Die Gangrän perforierte den linken Nasenflügel und griff immer weiter um sich, begrenzte sich aber nach verschiedenen energischen Ätzungen mit rauchender Salpetersäure und Chlorwasser. Zugleich mit dem Auftreten guter Granulationen bemerkte man ein Abnehmen der Geschwulst. Die Perforationsöffnung verkleinerte sich immer mehr und schloss sich endlich, nachdem sie genäht und nach teilweisem Ausreissen der Naht cauterisiert worden war. So trat völlige Heilung mit sehr geringer Entstellung ein.

6. Beobachtung von Putegnat, mitgeteilt in der Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie 1865.

Patient war 41 Jahr alt, gesund, von kräftiger Constitution. Ein seit 2 Monaten bestehender Bronchialcatarrh mit geringem Auswurf verschlimmerte sich plötzlich, es zeigte sich etwas Fieber und leichte gastrische Symptome. Unter symptomatischer Behandlung trat Besserung ein, aber nach 8 Tagen verschlimmerte sich das Allgemeinbefinden des Patienten auffallend und es zeigte sich Gangrän des oberen Zahnfleisches. Dieselbe griff weiter um sich, ergriff die rechte Seite des unteren

Zahnfleisches, die Unterlippe, die linke Wange, das linke Augenlid und führte endlich unter den Erscheinungen der septischen Allgemeininfection den Tod herbei.

7. Beobachtung von Berndt, mitgeteilt in Hufelands Journal 1829, Bd. LXIX.

Patientin 9 Jahr alt, stets gesund, von guter Constitution. Unter gastrischen Störungen trat eine wenig schmerzhafte blaurote Schwellung des unteren Zahnfleisches auf, die sich schnell in ein furchtbar stinkendes, jauchendes, schnell um sich greifendes Geschwür verwandelte. Nach vierwöchentlicher Dauer war die ganze Unterlippe zerstört. Das Geschwür reinigte sich, wurde aber nach einer Woche von neuem gangränös. Das Allgemeinbefinden war bis jetzt stets ungestört. Nach vier Wochen, in denen Besserung und Verschlimmerung gewechselt hatte, reinigte sich das Geschwür, es traten gute Granulationen und endlich Heilung ein. Therapie: Acidum pyrolignosum, Brei aus Chlorkalk, Salben von Balsamum peruvianum, Pulvis myrrhae, Unguentum basilicum.

8. Beobachtung von Krackau, mitgeteilt in der Deutschen Monatsschrift für Zahnheilkunde 1885 Bd. 3.

Patient, ein 17jähriger Mann, wurde in bester Gesundheit von einer Anschwellung der rechten Backe und einem dumpfen Schmerz im Unterkiefer befallen; das obere rechte Zahnfleisch war heiss, geschwollen, schiefergrau, die Wangenschleimhaut gerötet; Bicuspidales dextri superiores et Molaris primus waren gelockert. In den nächsten Tagen begannen die befallenen Gewebe gangränös zu zerfallen; primäre Prozesse der Alveolen oder im Antrum Highmori waren nicht zu konstatieren. Foetor ex ore. Innerhalb zwei Wochen wurde die Schleimhaut der rechten Seite fast völlig zerstört, es trat Ausfluss von Jauche aus der Nase ein, nach kurzer Zeit erfolgte der Tod unter pyämischen Erscheinungen. Therapie: Extraction des zweiten Bicuspidalis, Kali chloricum innerlich und äusserlich.

9. Beobachtung von Rösch, mitgeteilt im Medicinischen Correspondenzblatt des Württembergischen ärztlichen Vereins.

Ein 40jähriger, früher syphilitischer, zur Zeit des Ausbruchs der Krankheit aber anscheinend ganz gesunder kräftiger Bauer erkrankte an Seitenstechen und Fieber und schmerzhaftem Schlingen. Das Gaumensegel war gerötet; diese Stelle bedeckte sich schnell mit einer graulichen Haut, während sich die Entzündung trotz localer Anwendung des Höllensteins und allgemeiner Anwendung des Chinins weiter verbreitete; die entzündeten Teile, die Schleimhaut des Gaumensegels und eines Teiles des Rachens zerfielen gangränös. Vier Wochen nach Beginn der Krankheit erfolgte der Tod.

10. Beobachtung von Kussmaul, mitgeteilt in den Mitteilungen des badischen ärztlichen Vereins 1853.

Ein 25jähriger, kräftiger Mann erkrankte in voller Gesundheit; nachdem er einige Tage über ein Gefühl von Spannung und Behinderung des Sprechens geklagt hatte, trat eine Anschwellung der Unterlippe auf. Aderlässe, Senfteige und Nitrum innerlich brachten nur zeitweise Besserung; der Puls stieg auf 140 p. m., war hart und voll. Die Schwellung wurde bretthart, die regionären Lymphdrüsen schwollen an, es trat Hitzegefühl, beschleunigte Respiration, grosse Bangigkeit auf; inzwischen hatte sich auch Salivation und Foetor ex ore eingestellt; es zeigten sich aussen am Kinn zwei mit Serum gefüllte Bläschen. Die Schleimhaut der Unterlippe und des anstossenden Teils des Zahnfleisches zerfiel gangränös, es zeigten sich am Lippenrande Bläschen mit cruenter Flüssigkeit gefüllt, endlich erfolgte der Tod unter den Erscheinungen der Asphyxie. Die Section ergab ausser Gangrän der Mundhöhle eine starke Vergrösserung der Milz.

Dies sind die einzigen, mir bekannten Fälle, in denen sicher konstatiert werden konnte, dass eine zur

Gangrän führende Entzündung der Mundschleimhaut aufgetreten war, ohne dass vorher eine wesentliche andere Mundaffection oder eine durch andere Erkrankungen hervorgerufene Schwächung des Organismus vorhanden gewesen war. Es existieren in der Litteratur noch einige Fälle, in denen eine solche Affection nicht erwähnt ist; ferner existieren noch einige andere Fälle, in denen zwar sicher keine Erkrankungen, aber doch andere nicht ganz gleichgültige Umstände dem Auftreten der Mundgangrän vorhergegangen waren [so die von Santopadre in der Rivista clinica di Bologna mitgeteilte Beobachtung einer Gangrän der Unterlippe und des Zahnfleisches nach Gebrauch eines vorwiegend aus Kupfersulfat bestehenden Mittels gegen Zahnweh; die in Schmidts Jahrbüchern Supplementband 1840 erwähnte Gangrän, die infolge des Genusses unbekannter roter Beeren eingetreten war]. Die erste Kategorie dieser Fälle ist aber zu ungenau beobachtet, um irgendwie beweisend zu sein; die zweite kann ich nicht als idiopathische Mundgangrän ansprechen, bin vielmehr geneigt, sie als eigentümlich verlaufende Intoxicationen aufzufassen. — Endlich hat Bainbridge in the Lancet 1839 zwei Fälle von idiopathischer Mundgangrän veröffentlicht, die im übrigen genau so verliefen, wie die sonstigen beobachteten Fälle, nur wurde hier die Gangrän zuerst an der Wangenhaut bemerkt; ob hier in der That die Gangrän auf der äusseren Haut begann, oder ob nur eine ungenaue Beobachtung vorliegt, lässt sich nicht entscheiden; ich neige der letzteren Ansicht zu, da dies die beiden einzigen Fälle wären, in denen die Gangrän von aussen nach innen fortgeschritten wäre; auch deuteropathische Gangrän beginnt stets auf der Mundschleimhaut. In meiner folgenden Betrachtung will ich alle diese unklaren Fälle ausschalten und mich auf diejenigen beschränken, die in den Einzelheiten des Entstehens und des Verlaufs genau bekannt sind. Ebenso will ich auf die Fälle von

idiopathischer Rachengangrän, die übrigens der idiopathischen Mundgangrän völlig analog ist, nicht näher eingehen.

Die wenigen bisher bekannt gewordenen Fälle von idiopathischer Mundgangrän haben sowohl Kinder als Erwachsene betroffen; was das Geschlecht anlangt, so sind 7 mal Personen männlichen, 3 mal weiblichen Geschlechts befallen worden, indessen lässt sich aus diesem Verhältnis wegen der geringen Anzahl der beobachteten Fälle kein genügend sicherer Schluss auf die Prädisposition eines Geschlechts ziehen.

Der Verlauf der Krankheit lässt zwei Formen unterscheiden, eine leichtere und eine schwerere; bei der letzteren konnte fast in allen Fällen die Prognose mit Sicherheit sehr ungünstig gestellt werden. Die Krankheit begann in den meisten Fällen mit einem Prodromalstadium, das sich aber in sehr verschiedener Weise darstellte. In einigen Fällen (No. 6, No. 7) fanden sich gastrische Störungen, eine belegte Zunge, Appetitlosigkeit, Stuhlverstopfung, abwechselnd mit Durchfall, leichter Druckschmerz in der Magengegend, in anderen Fällen wurde besonders eine Depression auf gemütlichem Gebiet bemerkt; waren die Erkrankten Kinder, so wurden sie still, spielten nicht mehr und dergleichen. Diese Störungen verloren sich in einigen Fällen vor Ausbruch der Krankheit (wie z. B. der Brechdurchfall in dem von Prof. Sonnenburg beobachteten Fall), in anderen hielten sie bis in die ersten Tage der Mundgangrän an, verloren sich aber dann auch, sodass auf der Höhe der Krankheit meist kein Allgemeinleiden nachweisbar war, mit Ausnahme derjenigen Störungen, die durch mangelhafte Nahrungsaufnahme, Verschlucken der brandigen Fetzen u. s. w. hervorgerufen worden waren. Ganz eigentümliche Prodrome finden sich in dem von Prof. Sonnenburg und dem von Putegnat beobachteten Falle (No. 6); in jenem ist es ein atypisch verlaufender Gelenk-

rheumatismus, in diesem die plötzliche Steigerung der schon seit längerer Zeit bestehenden bronchitischen Beschwerden gewesen, die zuerst die Aufmerksamkeit des Arztes auf sich lenkten. Endlich sind noch Prodromalerscheinungen beobachtet worden, die man als locale bezeichnen könnte; in diesem Sinne ist die von Kussmaul einige Tage vor Ausbruch des Übels beobachtete Behinderung des Sprechens und ein Gefühl von Spannung aufzufassen. — In anderen Fällen begann die Mundgangrän ohne irgend welche locale oder allgemeine Prodrome; die ersten Symptome des Leidens traten mitten in voller Gesundheit auf.

Der Ausbruch der Gangrän erfolgte in verschiedener Weise; stets aber gingen derselben entzündliche Erscheinungen voran, woraus folgt, dass es sich hier nicht um eine Decubitalgangrän, sondern um eine durch irgendwelche Krankheitserreger hervorgebrachte Gangrän handelt; auf einzelne für die differentielle Diagnose wichtige Umstände werde ich später genauer zurückkommen. Zunächst begann das Gewebe, das später der Sitz der Gangrän werden sollte, zu schwellen und sich zu röten; in manchen Fällen ist ausdrücklich bemerkt, dass es sich heiss anfühlte, in anderen ist darauf nicht geachtet worden. Auf dem Gewebe, das in so deutlicher Weise die Zeichen einer Entzündung zeigte, bildete sich dann eine Blase, die mit cruenter Flüssigkeit gefüllt war; dieselbe ging auf und es zeigte sich dann, dass ihr Boden gangränös war und die Flüssigkeit bereits das Product brandiger Zersetzung gewesen war. Oder das Gewebe wurde gangränös, ohne dass sich eine solche Blase bildete; die Oberfläche wurde dann schiefrig-grau, missfarbig und zerfiel endlich; so erhielt der Prozess eine gewisse Ähnlichkeit mit einem pseudomembranösen. Diese Vorgänge wiederholten sich beim weiteren Fortschreiten der Gangrän, sodass der Brandherd stets von einer Zone entzündeten Gewebes umgeben war. Zu-

gleich und meist schon vor Beginn des brandigen Zerfalls trat ein fürchterlicher Geruch aus dem Munde auf, der dem Arzte die Diagnose des brandigen Zerfalls schon aus einiger Entfernung erlaubte. Stets (ich lasse hier die beiden unklaren Fälle von Bainbridge ausser Acht) ging der Prozess von der Mundhöhlenschleimhaut aus, griff im Lauf von einigen Wochen weiter um sich und führte so entweder zur Perforation der Wange oder zu Necrose der unterliegenden Knochen. Primäre Prozesse an den Knochen, die etwa die Ursache der Gangrän hätten sein können, waren niemals nachzuweisen.

Nach längerer Dauer des Übels trat in einzelnen Fällen Salivation auf; in andern wird nichts hiervon erwähnt. Es ist indessen a priori anzunehmen, dass eine geringe Salivation stets vorhanden ist, dass dieselbe aber wegen der anderweitigen hervorstechenden Symptome meist übersehen und erst dann bemerkt wird, wenn sie eine bedeutende Intensität erreicht hat. Fast in allen Fällen war eine Schwellung der regionären Lymphdrüsen zu bemerken.

Hat die gangränöse Stomatitis die Schleimhaut der Alveolarfortsätze befallen, so werden diese selbstverständlich bei tieferer Ausdehnung der brandigen Zerstörung in Mitleidenschaft gezogen; im weiteren Verlauf werden die Zähne affiziert, sodass sie locker werden und fast ohne Blutung und Schmerzen ausgezogen werden können, wie dies Krackau ausdrücklich erwähnt.

Die Ausdehnung der Gangrän kann, wenn nicht der Tod infolge von allgemeiner pyämischer oder septischer Infection vorzeitig erfolgt, eine sehr bedeutende sein. So waren in dem von Prof. Sonnenburg beobachteten Fall der grösste Teil des harten Gaumens, ein Teil des weichen Gaumens, ein Teil der Tonsillen und ein grosser Teil der Alveolarfortsätze gangränös; die Uvula war stark geschwollen und gerötet, und es kann nicht zweifelhaft sein, dass sie später ebenfalls gangränös geworden

wäre. In dem von Vogel beschriebenen Falle wurde sogar die Nasenschleimhaut gangränös; doch trat auch hier noch Heilung ein; in dem von Putegnat beschriebenen letal verlaufenden hatte sich die Gangrän bis über die Tonsillen und Gaumenbögen erstreckt. Im allgemeinen aber schritt die Entzündung und die derselben folgende Gangrän in denjenigen Fällen schneller fort und erreichte frühzeitiger eine bedeutende Ausdehnung, in denen ein ungünstiger Ausgang eintrat.

Die Affection führte in der Hälfte der beobachteten Fälle zum Tode. Der Tod erfolgte in einem Fall unter den Erscheinungen der Erstickung, in den übrigen fünf unter den Erscheinungen septischer oder pyämischer Infection. Die Dauer des Leidens betrug, wenn letaler Ausgang eintrat, 4—6 Wochen.

Wenn Heilung erfolgte, so trat zunächst ein Stillstand in der Ausbreitung der entzündlichen Zone ein; es bildete sich eine Demarkationslinie oder besser gesagt, eine Demarkationsfläche; die brandigen Teile wurden abgestossen; unter ihnen erschienen gute Granulationen, und durch die Wucherung derselben wurde ein bedeutender Teil des durch die Gangrän gesetzten Substanzverlustes ersetzt. Dabei ist auffallend, dass in allen Fällen besonders erwähnt wird, dass die endliche Heilung mit sehr geringer Entstellung bewerkstelligt wurde und dass etwa noch zurückbleibende Deformitäten (in einem Fall zum Beispiel Ectropium des unteren Augenlides) durch plastische Operationen sehr leicht beseitigt werden konnten; ja es reichte in dem von Strueh berichteten Falle sogar die einfache Naht, unterstützt durch Cauterisationen mit Höllenstein aus, um eine im Lauf der Heilung zurückbleibende Öffnung auf die Dauer zu verschliessen. In gewissem Gegensatz hierzu stehen die enormen Entstellungen, die in der Regel nach der eigentlichen Noma zurückbleiben und deren Beseitigung durch

plastische Operationen grosse Schwierigkeit macht, ja sogar mit der Gefahr eines Rezidivs verbunden ist.

In dem von Berndt beobachteten Falle wurde die bereits eingeleitete Heilung dadurch gestört, dass die Granulationen, die sich gebildet hatten, wieder gangränös zerfielen, ohne dass irgend ein erkennbarer Grund vorlag, ohne dass in der Therapie irgend etwas geändert worden wäre. Schliesslich trat dennoch Heilung ein.

Die Dauer des Leidens betrug in denjenigen Fällen, in denen Heilung eintrat, zwei bis drei Monate; nur wenn die Ausdehnung der Gangrän gering gewesen war, sodass nur geringe Substanzverluste zu ersetzen waren, konnte sie in kürzerer Zeit vollendet werden.

Die Erscheinungen von Seiten der anderen Organe und das Allgemeinbefinden verhielten sich in den verschiedenen Fällen verschieden. Einige Fälle, in denen später Heilung eintrat, verliefen absolut fieberlos unter gutem Allgemeinbefinden, sodass die Patienten nicht einmal das Bett zu hüten brauchten. Im Gegensatz hierzu steht das unregelmässige, den Tagestypus nicht einhaltende, keinem Mittel weichende bis 40,4° ansteigende Fieber, das Prof. Sonnenburg in seinem Fall beobachtete, und die starke Beteiligung des Allgemeinsbefindens, die hohe Pulszahl, die Kussmaul erwähnt, und die starke Prostration der Kräfte, die Krackau betont. In allen Fällen aber blieb das Bewusstsein fast bis zum letzten Moment erhalten.

Erscheinungen von Seiten anderer Organe wurden nur in einigen schwereren Fällen beobachtet. So konnte Kussmaul eine pleuritische Affection konstatieren, deren Producte in der That post mortem nachweisbar waren, Professor Sonnenburg eine Entzündung des linken Kniegelenks, die ohne Zweifel in einem Zusammenhang mit dem schon erwähnten prodromalen Gelenkrheumatismus stand. Andere Erscheinungen, die kürzere oder längere Zeit vor dem Tode auftraten, gehören offenbar nicht

mehr der gangränösen Stomatitis als solcher an, sondern entweder der von den Brandherden aus erfolgten secundären septischen Infection oder bereits der Agone. Zur ersteren Kategorie möchte ich die von Putegnat in der letzten Woche des Lebens beobachteten Purpuraflecken rechnen, zur letzteren das mehreremal beobachtete Lungenödem, das von Krackau angeführte Blass- und Ödematöswerden der Füsse.

Noch andere Erscheinungen werden durch Verschleppen der Brandjauche hervorgerufen. Dahin gehören blutige und stinkende Durchfälle, gangränöse Affectionen der Lunge, wie sie Putegnat beobachtet hat u. a.

Es erübrigt noch einige Worte über das bei Stomatitis gangraenosa auftretende Fieber zu sagen. Dasselbe kann, wie die Beobachtungen gezeigt haben, während des Verlaufes der Krankheit völlig fehlen, und das waren diejenigen Fälle, in denen später Heilung eintrat. In anderen Fällen tritt es als Symptom der secundären Allgemeininfection erst kurz vor dem Tode auf; in wenigen letal verlaufenden Fällen wurde es gleich von Anfang der Krankheit an bemerkt. Stets aber war es, soweit sich kontrollieren lässt (und ich muss hier bemerken, dass von den älteren Fällen genaue Temperaturmessungen völlig fehlen, und dass sich alle Temperaturangaben nur auf die unbestimmten Werte, Hitze oder normale Temperatur der Haut, beschränken), keinem Typus unterzuordnen; es verlief völlig unregelmässig, so dass das Tagesmaximum bald am Morgen, bald am Nachmittag, bald am Abend lag; auf Tage von hoher Temperatur folgten Tage niederer Temperatur, ohne dass es möglich gewesen wäre, einen Grund für diesen Abfall anzugeben. Ein exquisites Beispiel hierfür bietet der von Prof. Sonnenburg beobachtete Fall.

Zufällige, dem Wesen der idiopathischen gangränösen Stomatitis fremde und von ihr nicht verursachte

Complicationen, die der Erwähnung besonders wert wären, sind in keinem Fall beobachtet worden.

Welcher Art ist nun der im Munde vor sich gehende Prozess? Ist es eine Gangrän, die unmittelbar infolge der Behinderung des Lebens der einzelnen Gewebselemente eintritt in der Art, wie es bei der Decubitalgangrän der Fall ist, oder ist es eine Gangrän, die infolge einer Entzündung eintritt? Ich bin der letzteren Ansicht; denn in allen Fällen, die inbezug hierauf genauer beobachtet worden sind, fand sich, dass, bevor überhaupt Gangrän eintrat, stets eine unverkennbare Entzündung vorhanden gewesen war, und dass auch am Rande der Erkrankung stets eine Zone entzündeten Gewebes vorhanden war, der Prozess sich also in der Weise ausbreitete, dass die bereits geschwollenen, geröteten, heissen Teile der Gangrän verfielen, während nach der Peripherie des Prozesses hin wieder neue Teile in jenen entzündlichen Zustand gerieten. Besonders beweisend ist in diesem Punkte für mich das Sectionsprotokoll der Frau H.: Der weiche Gaumen zeigte einen gangränösen Herd; in der Peripherie desselben bestand starke Schwellung, die auch die Uvula mit ergriffen hatte; und es ist für mich nicht im geringsten zweifelhaft, dass, wenn das Leben noch länger bestanden hätte, diese Teile ebenfalls der Gangrän verfallen wären. Die der Gangrän vorangehende, sie vorbereitende Entzündung zeigte sich besonders ausgesprochen in den von Krackau und Kussmaul beobachteten Fällen; in dem ersten Fall wird besonders das missfarbige Aussehen der entzündeten Teile hervorgehoben. Es ist dies also genau derselbe Prozess, der sich bei der Angina gangraenosa auf der Rachenschleimhaut abspielt, und ich halte deshalb den Namen „Stomatitis gangraenosa“ für weit bezeichnender als den Namen „Mundgangrän, Gangrène de la bouche“, der von französischen Autoren für diese Affection gebraucht wird. Daraus aber, dass der Gangrän des

Mundes in diesen Fällen eine Entzündung vorhergeht, folgt noch nicht, dass die idiopathische gangränöse Stomatitis identisch ist mit dem Erysipelas gangraenosum; beide unterscheiden sich in ihrem Verlauf wesentlich. Ich will auch noch darauf aufmerksam machen, dass die der Gangrän vorauseilende und sie vorbereitende Entzündung nicht mit der demarkierenden Entzündung verwechselt werden darf, wie sie in den mit Heilung endigenden Fällen konstatiert werden konnte. Eine Verwechselung ist allerdings um so leichter möglich, als auch die im Stadium der demarkierenden Entzündung befindlichen Teile wieder der Gangrän verfallen können, wie der von Berndt beobachtete Fall beweist.

In welchem Verhältnis steht dieser Prozess zu den übrigen im Munde sich findenden Gangränformen? Diese Frage stricte zu beantworten, ist leider nicht möglich; denn es fehlen genaue Angaben über die mikroskopische Beschaffenheit der erkrankten Gewebe in den beobachteten Fällen; eine mikroskopische Untersuchung ist überhaupt erst einmal gemacht worden und zwar in dem von Strueh beobachteten Falle, in dem Heilung eingetreten war. Strueh fand ausser den zerfallenen Gewebselementen, wie sie jeder Gangrän eigen sind, noch zwei neue Pilze, die er Nomapilze nannte (er nannte auch die von ihm beobachtete idiopathische gangränöse Stomatitis Noma, ich glaube aber, dass beide Affectionen zu trennen sind). Ob aber diese Pilze nur zufällige Beimengungen waren, oder ob sie in irgend einer näheren Beziehung zu dem krankhaften Prozess standen, ist nicht zu entscheiden, da Cultur- und Impfversuche nicht angestellt wurden. Es kann deshalb diese Beobachtung auch nicht für die Beantwortung der aufgeworfenen Frage verwertet werden; es bleibt zu diesem Zwecke nur eine Analyse der klinischen Symptome übrig. Diese

scheinen mir aber dafür zu sprechen, dass die idiopathische gangränöse Stomatitis ein, sozusagen, spezifischer Prozess ist, dass sie verschieden ist von allen anderen im Munde spielenden Prozessen, die Gangrän entweder stets zur Folge haben oder wenigstens bisweilen zur Folge haben können. Zwar ist das Endproduct dieser Prozesse dasselbe, eine Gangrän der betroffenen Schleimhautpartie; indessen die zu derselben führenden Prozesse unterscheiden in ihrem klinischen Verlauf sich wesentlich, je nachdem es sich um Aphthen oder um eine ulceröse Stomatitis handelt, beide unterscheiden sich auch in ihrer anatomischen Grundlage durchaus von der gangränösen Stomatitis. Auch die Differenzen von diphtheritischen Prozessen sind so eclatant, dass ich hierauf nicht näher einzugehen brauche.

Schwieriger zu entscheiden ist die Frage, in welchem Verhältnis die idiopathische gangränöse Stomatitis zur Noma steht. Man hat früher beide Affectionen für identisch gehalten; ich kann mich dieser Ansicht aber nicht anschliessen. Denn die Noma tritt stets nur als Folgezustand mangelhafter hygienischer Verhältnisse, einer durch akute oder chronische Krankheiten hervorgebrachten Kachexie, kurz stets nur in einem geschwächten Organismus auf, während die gangränöse Stomatitis ohne solche prädisponierenden Momente erscheint. Diesem Unterschiede entspricht auch ein Unterschied des lokalen Prozesses: die der Noma vorhergehende Entzündung der Weichteile ist lange nicht so intensiv, wie die zur Gangrän führende Stomatitis, und daher auch sehr häufig übersehen worden.

Was die in den Leichen der an idiopathischer gangränöser Stomatitis Verstorbenen gefundenen Veränderungen anlangt, so sind die darüber gemachten Beobachtungen leider nicht sehr umfangreich, da überhaupt nur zwei Fälle zur Section gekommen sind, nämlich der von Prof. Sonnenburg und der von Prof.

Kussmaul beobachtete. In beiden Fällen war die Milz etwa um das Doppelte in allen Dimensionen vergrössert, die Kapsel stark gespannt, die Pulpa zerfliesslich, in dem Fall von Kussmaul ausserdem noch die Residuen einer frischen Pleuritis, in dem von Prof. Sonnenburg parenchymatöse Nephritis und Myocarditis. Andere Befunde wie der einer follicnlären Pharyngitis sind als zufällige und unwesentliche, andere, wie ein leichter Grad von Fettleber, als gleichgültige, noch andere wie Lungenödem, als in der Agone entstandene anzusehen; sie haben für das Wesen des Krankheitsprozesses keinerlei Bedeutung. Auch die Milzschwellung und die parenchymatösen Erkrankungen haben nichts Spezifisches an sich; sie finden sich bei jeder septischen Allgemeininfection, und eine solche ist hier zweifellos in den letzten Tagen des Lebens eingetreten. Auffallend ist nur die von Prof. Sonnenburg gefundene Affection eines Kniegelenks; dieselbe ist vielleicht als Symptom einer Allgemeininfection aufzufassen.

Die in einem Falle intra vitam gemachten mikroskopischen Untersuchungen der gangränösen Partieen habe ich bereits erwähnt; sie sind kaum zu verwerten. Es liegen dann allerdings noch ziemlich umfangreiche mikroskopische und bacteriologische Untersuchungen über Noma vor; indes dürfen dieselben keineswegs ohne Weiteres auf idiopathische gangränöse Stomatitis übertragen werden, wozu eine nicht geringe Ähnlichkeit beider Affectionen verleiten könnte.

Die Ätiologie der Affection ist völlig unbekannt; keiner der beobachteten Fälle hat einen sicheren Aufschluss über dieselbe geben können. Wenn man aber den eigentümlichen Beginn der Krankheit ins Auge fasst, wie er besonders charakteristisch in den Fällen hervortritt, die Prof. Sonnenburg, Kussmaul, Putegnat beobachtet haben, so wird man notwendigerweise daran denken müssen, dass hier eine Entstehung der Krankheit durch

Infection vorliegt. Indes der Beweis für die Richtigkeit dieser Ansicht ist noch nicht geliefert (Struehs Untersuchungen können nicht als beweisend angesehen werden); dieselbe bleibt zunächst eine, wenn auch wahrscheinliche Annahme. Leider lässt sich auch die intra vitam oder post mortem gefundene Milzvergrösserung nicht für dieselbe verwerten, da dieselbe mit ebenso viel Recht der secundären septischen Infection zugeschrieben werden kann und Angaben über den Zeitpunkt des Beginnes fehlen. Ob eine Beteiligung des Nervensystems vorliegt, wie es Woronichin für die Noma annimmt, ist zweifelhaft.

Eine Prädisposition irgend einer Altersklasse war in den bisher beobachteten Fällen nicht nachzuweisen; ob das Überwiegen des männlichen Geschlechts (unter 11 Erkrankten waren 7 männlichen Geschlechts) Zufall war oder nicht, lässt sich infolge der geringen Anzahl der bisher beobachteten Fälle nicht sagen.

Die differentielle Diagnose der gangränösen Stomatitis wird meist nicht schwer sein. Von Noma, mit der sie im übrigen grosse Ähnlichkeit hat, ist sie unterschieden dadurch, dass jene nur in geschwächten Organismen zum Ausbruch kommt, während sie auch gesunde Individuen befällt.

Die Unterscheidung von Aphthen oder ulceröser Stomatitis ist nur dann schwierig, wenn die aphthösen oder ulcerösen Partieen gangränös geworden sind. Indes hier wird sich stets durch die Anamnese feststellen lassen, dass der Gangrän nicht ein entzündlicher, sondern ein aphthöser oder ulceröser Prozess vorhergegangen ist; meist wird sich auch nachweisen lassen, dass die Metamorphose infolge nachlässiger Behandlung zustande gekommen ist. Endlich ist der Verlauf dieser gangränösen Affectionen ein leichterer und langsamerer als der der gangränösen Stomatitis.

Eine Verwechslung mit Anthrax ist unmöglich; der-

selbe beginnt stets auf der äusseren Haut, dem Auftreten der Pustel folgen meist sehr bald Symptome einer Allgemeininfection, besonders eine sich durch blutige Durchfälle charakterisierende Darmaffection; die erste Pustel umgiebt sich sehr bald mit einem Ringe neuer Pusteln. Diese Pusteln stehen auf einem enorm geschwollenen nicht gangränösen Boden, dessen Ausdehnung viel bedeutender ist als die aller gangränösen Partieen zusammen; so kann die Schwellung den ganzen Arm einnehmen, während die brandigen Pusteln nur im Umfang des Handgelenks stehen. Die idiopathische gangränöse Stomatitis dagegen beginnt mit einer diffusen Rötung und Schwellung der Mundschleimhaut; dieselbe wird missfarbig und zerfällt endlich in ihrer grössten Ausdehnung gangränös. Eine sichere differentielle Diagnose wird endlich durch den Nachweis der Milzbrandbacillen gestellt.

Scorbutische Mundgeschwüre können ebenfalls gangränescieren; indes kann man hier stets das vorausgegangene oder noch bestehende Allgemeinleiden diagnosticieren.

Die Unterscheidung von einer in Gangrän übergegangenen mercuriellen Stomatitis kann schon durch eine genau erhobene Anamnese gegeben werden; lässt diese im Stich, so genügt der Nachweis des Quecksilbers im Speichel, um die Diagnose zu sichern. Es könnte noch von Wichtigkeit sein, beide Affectionen zu unterscheiden, noch ehe Gangrän eingetreten ist; inbezug hierauf ist zu bemerken, dass mercurielle Stomatitis die ganze Mundhöhlenschleimhaut befällt, während die der Gangrän vorhergehende Stomatitis sich auf einen kleineren Teil der Mundhöhlenschleimhaut beschränkt.

Bleibt nur noch die Unterscheidung von fibrinöser oder diphtheritischer Stomatitis. Beide werden aber kaum jemals isoliert vorkommen, ohne dass sich dieselben Prozesse auch im Pharynx und Larynx nach-

weisen lassen, beide zeigen nicht den spezifischen Brandgeruch. Beide endlich gehen gleich von Anfang an mit schweren Störungen des Allgemeinbefindens einher, wie sie bei idiopathischer Mundgangrän wenigstens in den leichteren Fällen fehlen. Endlich ist auch das Aussehen der Mundaffection selbst ein ganz verschiedenes. Bei der Stomatitis gangraenosa ist die Schleimhaut zunächst infiltriert, und die infiltrierten Teile verfallen später der Gangränescenz in ihrer ganzen Ausdehnung; die Gangrän erstreckt sich in eine bedeutendere Tiefe der Schleimhaut. Bei der diphtheritischen Stomatitis dagegen ist der Prozess nicht so tiefgehend, es sind, wenigstens zunächst, nur die obersten Schichten der Schleimhaut nekrotisch; bei der fibrinösen Stomatitis ist die Schleimhaut sogar unter dem ihr aufgelagerten fibrinösen Exsudat intact, nur etwas gerötet und geschwollen. Trotzdem erscheint die Umgebung des Geschwürs meist nicht so tiefrot, entzündet und gelockert wie bei der Diphtherie, wenn auch zugestanden werden muss, dass Übergänge hier beobachtet werden. Endlich unterscheiden sich diphtheritische und gangränöse Affectionen noch dadurch, dass der Belag der ersteren, wenn er entfernt wird, sich sehr schnell wieder erneuert (und dies kann beliebig oft wiederholt werden), während ein Wiedergangränöswerden des gereinigten gangränösen Geschwürs nur sehr langsam, oft überhaupt gar nicht vor sich geht.

Die Therapie der idiopathischen gangränösen Stomatitis war in den beobachteten Fällen eine allgemein roborierende und eine locale. Die erstere war je nach den herrschenden medizinischen Ansichten eine verschiedene; es lohnt nicht, auf die mannigfaltigen gebrauchten inneren Mittel, unter denen auch Decoctum Chamomillae seinerzeit eine Rolle gespielt hat, näher einzugehen, da nach unserer heutigen Anschauung eine kräftige Ernährung die Hauptsache ist. Eine gewisse Berücksichtigung verdient nur das Kalium chloricum,

das man wegen seiner fast spezifischen Wirkung bei anderen Mundkrankheiten auch gegen idiopathische gangränöse Stomatitis anwandte; indes hat Putegnat hiervon keinerlei Wirkung gesehen.

Wichtiger erschien von jeher die locale Behandlung, und die dabei angewandten Mittel gehören entweder in die Reihe der Caustica oder in die der Medicamente, die nach Ansicht der älteren Ärzte die gesunkene Vitalität heben sollten. Aus letzterer Indication wurden Aloë und Myrrhen angewandt; auch Arsen wurde local auf die Wunde gebracht. Von Causticis wurde vor allem angewandt Salzsäure, Holzessig, Chlorkalkbrei (dabei wird erwähnt, dass der über den Hals fliessende Brei, der sich mit dem Speichel vermischte, ein Ekzem hervorrief), Chlorzink (in zehnprocentiger Lösung), Chlorwasser (nach Angabe von Strueh bestehend in einer Lösung von Chlorkalk in destilliertem Wasser 15 : 750), endlich Cauterium actuale. Ich möchte dem letzteren den Vorzug geben vor allen anderen, besonders seitdem die Erfindung des Paquelinschen Thermocauter seine Anwendung so überaus bequem gemacht hat. Ist seine Application nicht opportun, wie in den letzten Tagen vor dem Tode, so ist wohl Chlorzink das zweckmässigste; dasselbe ätzt gründlich und dringt, da es keine Gerinnsel bildet, tief in die Gewebe ein.

Ausserdem muss man selbstverständlich dafür sorgen, dass der Patient sich stets in reiner Luft befindet. Um den abscheulichen Foetor ex ore etwas fortzunehmen, kann man Gurgelwässer aus übermangansaurem Kali gebrauchen lassen; auch Gurgelwässer aus Kalium chloricum empfehlen sich zur Reinigung des Mundes.

Die Prognose ist bei den gleich mit schwereren Erscheinungen einsetzenden Fällen wohl stets letal zu stellen. Aber auch bei denen, die scheinbar günstig verlaufen, kann, wie die Erfahrung gelehrt hat, ein Rezidiv eintreten. Im allgemeinen aber scheint aus den

bisherigen Beobachtungen hervorzugehen, dass die Krankheit nicht so bösartig verläuft wie die Noma, vielleicht, weil der Körper beim Ausbruch der Krankheit noch nicht durch anderweitige Affectionen geschwächt, seine Widerstandsfähigkeit herabgesetzt ist.

Zum Schluss erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. Sonnenburg für die Anregung zu dieser Arbeit, sowie die Überlassung des Materials zu derselben und die gütige Durchsicht der Arbeit, meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Canstatt. Jahresberichte über die Fortschritte der gesamten Medizin, fortgesetzt von Virchow und Hirsch.
Schmidt. Jahrbücher der in- und ausländischen gesamten Medizin.
Hufeland und Osann. Journal der praktischen Heilkunde. Bd. 3. 56. 69.
Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. I. 1868. Neue Folge Bd. XXVI. 1887.
Virchow. Spezielle Pathologie und Therapie. Erlangen 1855.
Gerhardt. Handbuch der Kinderkrankheiten. Berlin 1877—79.
Billard. Traité des maladies des enfants. Paris 1837.
Rilliet et Barthez. Traité des maladies des enfants. Paris 1843.
Trousseau. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris. 1868.
Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie 1865.
Jules Tourdes. Du noma. Dissertation Strasbourg 1848.
Stehmann. De noma. Dissertatio inauguralis. Berolin. 1860.
Kellner. Über noma. Inaugural-Dissertation. Berlin 1870.
Hildebrandt. De noma. Inaugural-Dissertation. Berlin 1873.
Strueh. Über Noma und deren Pilze. Inaugural-Dissertation. Göttingen 1872.
Schech. Krankheiten der Mundhöhle und des Rachens. 1889.
Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Paris 1865—76.
Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde 1885.
The Lancet 1839 bis 1841.

K. 1337

THESEN.

I.

Cervixrisse, die bis in den supravaginalen Teil des Uterus gehen, sind auch ohne komplizierende Endometritis eine häufige Ursache des Abortus.

II.

Die Probepunktion zum Zwecke der Differentialdiagnose zwischen Pneumomie und Pleuritis ist zu verwerfen.

III.

Die beste Therapie der idiopathischen gangränösen Stomatitis ist die gründliche Cauterisation der ergriffenen Teile.

Lebenslauf.

Verfasser, Carl, Adolf, Max Brucke, evangelischer Confession, Sohn des Rechnungsrats Carl Brucke, wurde am 30. März 1868 zu Potsdam geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf der Gymnasialvorschule und auf dem Victoriagymnasium zu Potsdam, das er Michaelis 1885 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Am 22. October 1885 wurde er in das Königl. Friedrich-Wilhelms-Institut aufgenommen. Vom 1. April bis 1. October 1886 diente er mit der Waffe als Einjährig-Freiwilliger bei der 9. Compagnie des Garde-Regiments z. F. Am 20. Juli 1887 bestand er die ärztliche Vorprüfung, am 24. Juni 1889 das Tentamen medicum, am 12. Juli 1889 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren:

Bardeleben, v. Bergmann, du Bois-Reymond, Dilthey, Ewald, Fraentzel, Gerhardt, Gurlt, Gusserow, Hartmann, v. Helmholtz, Hirsch, v. Hofmann, Israel, Koch, Köhler, Kossel, Leuthold, Leyden, Liebreich, Liman, Olshausen, Oppenheim, Overweg, Renvers, Salkowski, Schultze, Schweigger, Schwendener, Schweninger, Sonnenburg, Virchow, Waldeyer, Westphal, Wittmack.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht der Verfasser hiermit seinen besten Dank aus.